

# INFORME DE MISIÓN MÉDICOS SIN FRONTERAS SUIZA EPIDEMIA DE CÓLERA EN CABO DELGADO (MOZAMBIQUE)

EMILIO GÓMEZ MEMBRILLERA

*D. U. Enfermería*

## RESUMEN

Se pretende dar a conocer el trabajo de Enfermería en los países en desarrollo y el campo que para la Enfermería supone con un ejemplo de intervención en una epidemia de cólera que se desató en Mozambique a finales de 1998.

Las deficientes condiciones de salud e higiene de las poblaciones de esta zona de Africa y especialmente la dificultad para proporcionar agua potable a los habitantes hace que el cólera se esté convirtiendo en una enfermedad endémica en esta zona del sureste de Africa. El cólera es una de las más antiguas plagas de la humanidad. En los países desarrollados solo aparecen casos aislados en nuestros días pero en los países en desarrollo constituye un grave problema de salud.

El tratamiento del cólera es sencillo y barato ya que solamente con una correcta rehidratación de los enfermos mejoran espectacularmente en pocas horas y se consigue reducir la mortalidad de alrededor de un 50% cuando la atención es inexistente a menos del 5%.

*Palabras clave: Educación para el desarrollo. Enfermería transcultural.*

## A MISSION REPORT. "MÉDECINS SANS RONTIÈRES". SUISSE. CHOLERA EPIDEMIC IN CABO DELGADO, (MOZAMBIQUE)

## SUMMARY

Our work here tries to give an idea of the type and conditions of work nurses have to face in certain developing countries. Our example shows a cholera epidemic outbreak in Mozambique at the end of 1998.

The extremely poor hygienic conditions in the population of that area and the severe difficulties providing them with drinkable water turns cholera into an endemic disease in South-eastern Africa.

Cholera is one of the most ancient plagues to haunt human beings. In developed countries it rarely appears nowadays, but in developing countries cholera constitutes a severe health problem.

Cholera treatment is very simple and cheap. It only needs a correct re-hydration of the patient whose health improves spectacularly within a few hours. Mortality decreases from 50% when no adequate attention is provided, to less than 5% when there exists a proper attention.

*Key Words: Education for development. Transcultural Nursing.*

## INTRODUCCIÓN

Mozambique es uno de los países con el Índice de Desarrollo Humano más bajo del planeta (n.º 169 de 174).

El distrito de Namuno, donde fue destinado nuestro equipo, carece totalmente de infraestructuras, no existen carreteras, teléfono, electricidad o agua corriente y permanece en gran parte minado tras la guerra. Su población es de unos 148.000 habitantes pertenecientes en su mayor parte a la etnia makua, muy apegados a sus tradiciones y, en general, pacíficos y reservados.

Desde el siglo XIX el cólera ha evolucionado en seis olas pandémicas nacidas la mayoría en el delta del Ganges y debidas al biotipo Clásico del *Vibrio colérico* 01 y una séptima, debida al biotipo El Tor, que apareció en 1961 en Indonesia y alcanzó África en 1970. América, la única parte del mundo libre de cólera hasta entonces, sería alcanzada en 1991 cuando el cólera llegó a El Perú propagándose después a parte de América Latina. En agosto de 1998 se registran algunos casos en la capital de Mozambique, Maputo. En octubre aparecen algunos casos en Zambesia, en el centro del país, y en noviembre también en Cabo Delgado, al Norte.

A pesar de ser una de las tres enfermedades de declaración obligatoria a la OMS según el Reglamento Sanitario Internacional, las autoridades locales hablan de diarreas tóxicas y se niegan a aceptar, por motivos políticos y económicos, la posibilidad de que una nueva epidemia de cólera esté apareciendo; podrían reducirse las exportaciones de pesca, uno de los principales productos de exportación, y las elecciones están cercanas.

En el mes de diciembre de 1998, las autoridades locales del Ministerio da Saude en la provincia de Zambesia, piden ayuda a Médicos Sin Fronteras (MSF). Posteriormente, MSF colaborará con las autoridades en 5 provincias del centro y norte del país donde la situación está fuera de control. La superficie de estas provincias es aproximadamente la de la Península Ibérica.

El nivel de seguridad ha sido alto con relación al contexto. MSF limita los movimientos a partir de las siete de la tarde, si bien a veces no puede cumplirse esta norma por la grave situación en los centros y las lluvias que dificultan los desplazamientos. Dos mozambiqueños contratados

por MSF fueron asesinados al intentar clorar el agua de unos pozos y algunos vehículos MSF sufrieron agresiones como pedradas, pero no hubo que lamentar mayores incidentes entre el personal expatriado.

## DEFINICIONES

El cólera es una enfermedad entérica de comienzo brusco, caracterizada por la emisión de heces líquidas muy abundantes (en agua de arroz) y a veces vómitos, pudiendo evolucionar rápidamente hacia una deshidratación severa y colapso cardiovascular. Los casos severos pueden acarrear la muerte en varias horas. El reservorio principal es el hombre, el agua y ciertos moluscos, peces y algas. El periodo de incubación es de algunas horas a algunos días, *normalmente 2-3 días*.

Para la OMS hay sospecha de cólera cuando:

- 1.—En un enfermo de más de 5 años, un episodio de diarrea acuosa (generalmente acompañado de vómitos) provoca una deshidratación severa o:
- 2.—Un enfermo de más de 2 años sufre de una diarrea aguda en región donde hay una epidemia de cólera.

*\*Nosotros (MSF- Ministerio da Saude de Moçambique), debido a la dificultad para confirmación del diagnóstico en el terreno, entendemos como un caso 01(cólera) toda diarrea grave de acuerdo a los criterios utilizados por las autoridades sanitarias mozambiqueñas, hasta la desaparición de la epidemia.*

Regularmente el equipo MSF recoge muestras de los centros para su confirmación en el Instituto Pasteur.

## EPIDEMIOLOGÍA Y LOGÍSTICA

Hay más de 100 agentes infecciosos, pero solo tres son responsables de las epidemias:

- |                  |       |         |         |  |
|------------------|-------|---------|---------|--|
| 1. VIBRIO CÓLERA | 0:1   | biotipo | CLÁSICO |  |
| 2. VIBRIO CÓLERA | 0:1   | biotipo | EL TOR  | -Serotipo Ogawa<br>-Serotipo Inaba<br>-Serotipo Hikojuna |
| 3. VIBRIO COLERA | 0:139 |         |         |  |

El Instituto Pasteur identificó el biotipo El Tor, serotipo Ogawa como el causante de esta epidemia.

Se considera que del 10 al 40% de la población será contaminada durante una epidemia. De

esta, un 80% permanecerá asintomático, un 15% presentarán diarreas moderadas y un 5% diarreas severas.

En la última epidemia de cólera en Mozambique, en 1997, se registraron 32.469 casos y 727 defunciones. En la de este año se han alcanzado cifras más altas.

**Tasa de mortalidad en los centros:** n.º de muertes por cólera en el centro/ total casos de cólera registrados en un periodo de tiempo x 100. En una situación ideal en campo abierto, debería de ser inferior a un 5%, pero alcanza a menudo el 50% cuando la atención no es la adecuada.

**Tasa de ataque:** n.º de nuevos casos en la población total / población total en un periodo de tiempo x 100. En campos de refugiados suele ser del 5% y en medio abierto del 2%.

**Duración de la hospitalización:** suele ser de 2 a 6 días y nos da información de la calidad de la atención. En las mejores situaciones ha sido de tan sólo 16 horas (Lima 1996).

El cólera en medio abierto evoluciona generalmente en dos picos separados por algunas semanas entre sí y normalmente el segundo coincide con los días posteriores a un recrudescimiento de las lluvias. (Ver anexo)

**Las vacunas** de que se dispone actualmente son poco eficaces y confieren inmunidad por tan solo 3 a 6 meses por lo que no se utilizarán en esta epidemia ni siquiera para el personal expatriado, limitándose la prevención a medidas de higiene.

El consultor epidemiólogo nos informa de que cabe esperar en el distrito unos 35.000 enfermos (30%), 1.500 de ellos graves y aproximadamente 75 muertes en este distrito si el manejo de los pacientes es el adecuado y la población acude a los centros. Si la atención fuera deficiente o inexistente, la mitad de los enfermos podrían morir llegando en el distrito a más de 700 y en la provincia a 7.000.

El cloro mata rápidamente el vibrión y este vive muy poco tiempo fuera de medio acuoso.

El consumo de Ringer lactato (RL) se calcula en 8 litros/ paciente.

El consumo de Suero de rehidratación oral (SRO) se calcula en 10 litros por paciente.

El consumo de agua por paciente y día en el Centro de Tratamiento del Cólera (CTC) es de 50-60 litros.



## OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

### 5.1. Mantener la tasa de mortalidad en los centros por debajo del 5 %

- Supervisión diaria por nosotros del trabajo del personal local.
- Contratación con fondos MSF de personal para la limpieza y enfermería.
- Puesta en marcha de protocolos escritos.
- Proveer de RL, SRO, hipoclorito sódico, jabón, agua, y material fungible básico todos los centros.

### 5.2. Disminuir la morbilidad

- Educación para la salud con las comunidades y los jefes de las aldeas.
- Cloración de toda el agua de los centros y de los pozos más importantes de los que se sirve la comunidad.
- Educación para la salud con el personal auxiliar y formación con el personal sanitario, enfermeros y matrona.
- Apoyo logístico en la construcción de CTC en lugares donde la epidemia comienza para tratar a los pacientes y limitar la propagación de la epidemia.

### 5.3. Desarrollar un sistema de información

- Unificación de formularios y criterios de recogida de datos.
- Supervisión directa diaria de la calidad de los datos.

### 5.4. Establecer las bases de actuación en caso de una nueva epidemia

- Establecer canales de información sanitaria-epidemiológica.
- Establecer protocolos de actuación ante una nueva epidemia.

### PROBLEMAS ENCONTRADOS

- Las distancias son enormes (3000 km de norte a sur del país y 6 horas de unos centros a otros dentro del distrito), las comunicaciones son difíciles y empeoradas por la estación de lluvias.
- Costumbres que pueden facilitar la propagación de la epidemia: evisceración de los muertos en el domicilio, y entierro de las vísceras en el interior de las viviendas.
- Falta de apoyo de algunas comunidades especialmente adeptas a la medicina tradicional.
- Algunas comunidades piensan que el cólera lo traen los cooperantes porque nunca se contagian.
- Escasez de personal cualificado.
- Falta de medios, estructuras sanitarias básicas y medicamentos.
- Falta de fiabilidad y/o manipulación en la recogida de datos epidemiológicos, por falta de formación, o por razones políticas.
- En esta provincia no se habían registrado casos de cólera desde 1993; falta de stocks de Ringer lactato (RL) y Suero de Rehidratación Oral (SRO).
- Apertura de un número excesivo de Centros de Tratamiento de Cólera (CTC) que hacen imposible su correcta gestión. (más de 60 en la provincia)
- Problemas de seguridad y tensiones políticas.

### PERFIL DE TRABAJO DEL ENFERMERO DE CÓLERA

#### General:

- Persona de contacto para temas médicos para MSF.
- Tiene la responsabilidad del adecuado tratamiento de los pacientes de cólera.

- Está totalmente informado de la organización de los CTC, las reglas y protocolos.
- Es el responsable del personal médico local, y de los horarios de trabajo.
- Formación de enfermeros y personal local.

#### Específico:

- Supervisa diariamente la marcha de los CTC.
- Asiste a los enfermeros locales.
- Recopila y envía a la capital los datos epidemiológicos.
- Supervisa la calidad de los datos epidemiológicos.
- Prescribe los tratamientos para el cólera según los protocolos definidos.
- Prescribe otros tratamientos y deriva al hospital si es necesario y posible de acuerdo con el personal local.
- Reemplaza a los enfermeros si es posible y necesario.
- Asegura la aplicación de los protocolos de rehidratación en todos los CTC.
- Organiza y estimula la Educación para la Salud.
- Es responsable del registro diario y semanal de consumo de medicamentos y material.
- Hace los pedidos regulares de material y drogas.
- Evalúa diariamente la situación con los otros expatriados MSF.
- Evalúa y programa diariamente las actividades con el personal del Ministerio.
- Supervisa la higiene en el CTC diariamente y da instrucciones al personal para mantenerla.

### BIBLIOGRAFÍA

- Bouree, P. (1989) Manual de medicina tropical. Ed. Masson S.A. Barcelona.
- Mandell, Douglas, Bennet, T. (1991) Enfermedades infecciosas. Principio y práctica. Ed. Panamericana S.A. Buenos Aires.
- Médecins Sans Frontières, Paris. Nov (1995) "Prise en charge d'une pandémie de cholera". Ed Hatier
- Ministerio da Saude Moçambique. Gabinete de Epidemiologia. Manual de prevenção e tratamento da cólera
- Dion R. B. (1996) Lecture Notes on Tropical Medicine. Blackwell Scientific Publications LTD. Oxford.

Médicos Sin Fronteras (1995) Medicamentos esenciales, guía práctica de utilización. Ed. Hatier. París.

VVAA. (1995). Nuevo examen de la desigualdad. Alianza Editorial.

Amartya S. (1991) Sobre economía y ética. Alianza Editorial, Madrid

Sogge, D. (ed.) (1997) Compasión y cálculo. Ed Icaria, Madrid.

• "WHO Web page". <http://www.who.int/> Página de Internet de la OMS.

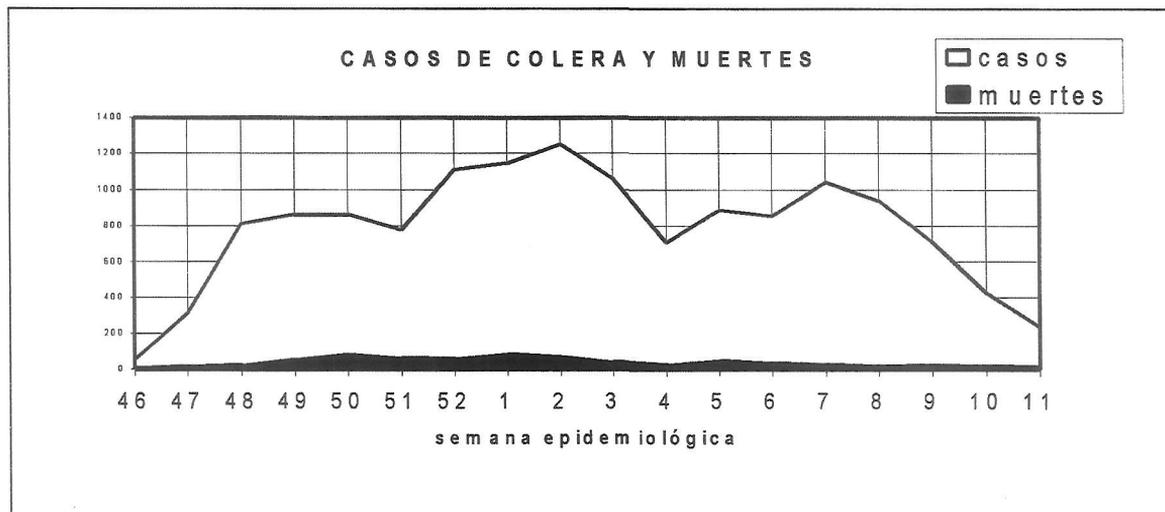
• "UNDP Web page". <http://www.undp.org/> Página Internet del Programa de Naciones Unidas para el desarrollo.



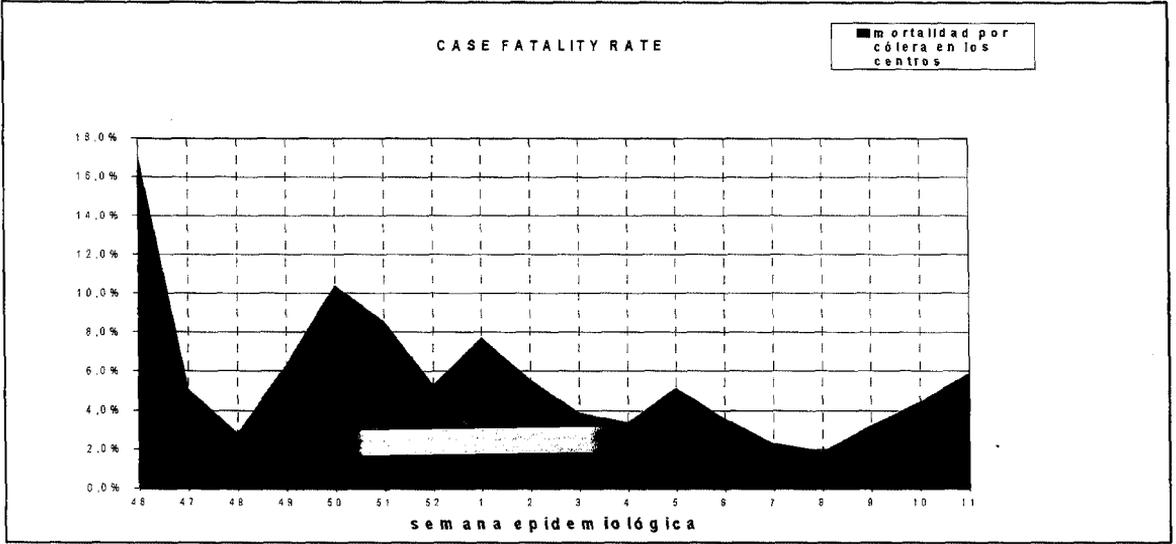
*Centro de tratamiento de cólera*

### ANEXO 1

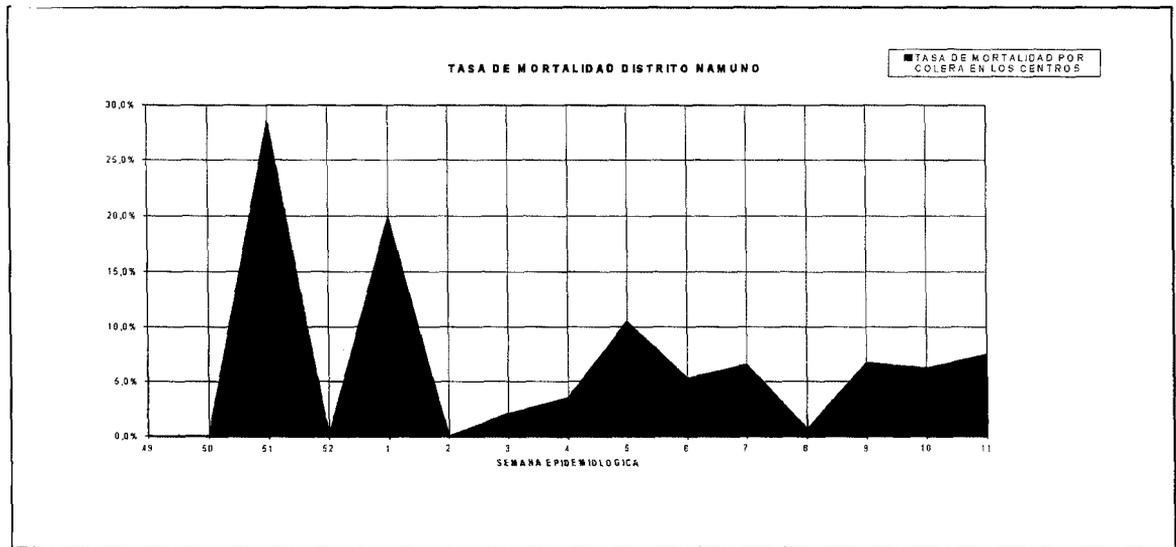
#### CASOS DE CÓLERA Y MUERTES EN LA PROVINCIA DE CABO DELGADO



**EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD EN LA PROVINCIA**



**EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD EN NAMUNO DISTRITO**



## ANEXO 2

## PROVINCIA DE CABO DELGADO

Total Provincia

Población: 1.398.152

Semana	Asos nuevo	Muertes	CFR*	Incidencia/10.000 h.
42	0	0		
43	0	0		
45	0	0		
46	47	8	17,0%	0,34
47	296	15	5,1%	2,12
48	792	22	2,8%	5,66
49	812	51	6,3%	5,81
50	780	81	10,4%	5,58
51	718	61	8,5%	5,12
52	1.057	56	5,3%	7,56
1	1.063	82	7,7%	7,60
2	1.186	65	5,5%	8,48
3	1.024	39	3,8%	7,32
4	685	23	3,4%	4,90
5	848	43	5,1%	6,05
6	825	29	3,5%	5,80
7	1.020	23	2,3%	7,30
8	924	17	1,8%	6,61
9	688	22	3,2%	4,92
10	407	18	4,4%	2,91
11	222	13	5,9%	1,59

TOTAL

13.390

668

4,99%

TASA DE ATAQUE

0,96%

\*CFR = CASE FATALITY = MORTALIDAD EN LOS CENTROS